

DIVERTICULO DE URETRA FEMENINA

A propósito de 3 observaciones.

Dres. Edgar Cisneros (1), Ronald L. Monasterio y Julio J. Dousset
Policlínico San Bernardo - Salta

(1) Jefe del Servicio de Urología

El Dr. Edgar Cisneros, Jefe del Servicio de Urología del Hospital San Bernardo de Salta, y sus colaboradores Dres. Ronald Monasterio y Julio Dousset, han enviado a nuestra Sociedad un trabajo basado en tres observaciones de divertículo uretral femenino.

Definen la afección como una protrusión sacular de la uretra, comunicada con el conducto por uno o varios orificios, la que puede ser el asiento de concreciones calcúlosas como patología añadida. Señalan que su ocurrencia es poco frecuente, al punto que hasta 1939, según transcripción de Foucher, no llegaban a 100 las observaciones aparecidas en la bibliografía mundial. Si bien es cierto que con posterioridad ésta cifra ha sido ampliada en forma considerable, conviene asimismo hacer notar que es un proceso más común que lo que hacen presumir las publicaciones a su respecto. He aquí el interés primero del trabajo cuyo relato se me ha encomendado, y he aceptado con placer. Estoy seguro de que muchos de los asistentes a esta reunión se han visto abocados a atender casos similares, simples o complicados, como personalmente me ha sucedido, sin referirlos. Y bien hubiera valido la pena hacerlo por el solo recuerdo de enfermas, generalmente entre treinta y cuarenta y cinco años de edad, que arrastran largamente síntomas a veces muy molestos, sin que se presienta en ellas la existencia de un divertículo uretral. No obstante tratarse de un padecimiento de concreta ubicación urinaria, no es nada raro que las enfermas consulten primeramente a ginecólogos y pasen por tratamientos tan diversos como inefectivos hasta que aparece una tumoración palpable en la pared vaginal anterior, de donde se escurre secreción purulenta al exprimirla, o un urólogo consultado se vale pronto de exámenes uretrográficos y panendoscópicos que aclaren las cosas. Y aún así el diagnóstico puede presentar dificultades porque los orificios comunicantes, testimonios de la lesión diverticular, pueden ser invisibles por su pequeñez, o no estar donde se les busca. Dolor uretroperineal, disuria, urgencia, piuria, intimidación por dolor en el ejercicio sexual, suelen ser los fenómenos habituales, rebeldes, o con variables remitencias. Cuando los signos ostensibles faltan, y cuando los recursos empleados para tratar una posible cistitis o una ginecopatía causal, han fracasado, se cruza la idea de que el disturbio proceda de choques emocionales u otra suerte de alteraciones psicopáticas, con la consiguiente derivación a los entendidos en ese ramo.

La formación calcúlosa en éstos divertículos no es un hallazgo común. De los tres casos presentados por los comunicantes, dos cálculos fueron extraídos en uno, y cuatro en otro. Por añadidura, en el divertículo del caso no litiasico, comprobaron la existencia de un tabique sagital, que lo hacía bisaculado.

Acerca de su etiopatogenia y anatomía patológica, los comunicantes reproducen la discriminación vigente que los divide en congénitos y adquiridos, y en falsos y verdaderos, cuyo interés es puramente académico.

Obviamente el tratamiento es por esencia quirúrgico, pero los autores admiten la posibilidad de resolver los de pequeño volumen a través de una resección endoscópica.

DIVERTICULO DE URETRA FEMENINA

Se entiende por divertículo de uretra a una protrusión de forma sacular, en comunicación con la luz de la misma, por uno o varios orificios que puede contener en su interior elementos calculosos. Se habla de divertículos verdaderos cuando en su constitución participan todas las capas uretrales y de falso o pseudodivertículo cuando en su formación falta alguna de ellas, éstos últimos están constituidos habitualmente únicamente por la mucosa. Esta clasificación no tiene mayor importancia, pues en un divertículo verdadero como consecuencia de ulceración producida por decúbito de un cálculo puede desaparecer el epitelio, de la misma manera que uno carente de mucosa puede ser recubierto por una proliferación de células epiteliales de la uretra (5). Los divertículos uretrales pueden presentarse en ambos sexos, siendo más frecuentes en el femenino, constituyendo junto con la litiasis diverticular una afección poco frecuente. En el país la primera observación publicada pertenece al Dr. José M. Caballero en el año 1915 (4). Hasta el año 1939 según Foucher no llegaban a 100 las observaciones en la bibliografía mundial (5). Desde 1890 a 1949 hubieron únicamente 30 casos en el hospital John Hopkins que fueron publicados por Warthon y Dearnis (1). En nuestro país Arenas en el año 1960 publica 5 casos.

Es una afección de la Edad media de la vida, habitualmente en pacientes casadas y con hijos (5). Se admite que su origen puede ser congénito o adquirido. En el primer caso aparecerían después de la rotura de un quiste periuretral o en conductos de Gartner y Wolff. Los adquiridos podrían originarse por infección de glándulas parauretrales, estrecheces o lesiones instrumentales, siendo muy difícil en la práctica poderlos diferenciar (1-5).

Por sus características anatómicas y funcionales es poco factible la detención o la formación autóctona de una litiasis en la uretra femenina, habitualmente éstas concreciones son migradoras, al menos el núcleo de origen, pero también existen las de formación in situ. En el primer caso su origen se remonta a la vejiga o vías urinarias superiores y al pretender franquear la uretra son detenidos en formaciones anatómicas o patológicas de la misma: divertículo, uretrocele, estrecheces inflamatorias (4).

La Sintomatología es muy variable predominando netamente la disuria, más o menos intensa y que en ocasiones puede llegar a la retención aguda completa, como sucede en el caso de divertículos ocupados por cálculos que pueden sufrir procesos inflamatorios con intenso edema de la mucosa uretral. En otras oportunidades se pueden manifestar por cistitis, polaquiuria, dispareunia, etc.

Cuando tienen suficiente tamaño, el tacto vaginal revela una tumoración de la pared anterior de la vagina, ubicada en la línea media, cerca del meato uretral, dolorosa, reductible y que cuando contiene cálculos presenta la crepitación característica producida por el roce de las concreciones. Establecida la presunción de divertículo con litiasis, se puede realizar una radiografía directa de uretra, que muestra como en nuestro caso N° 3 (Fig. 1) los elementos calculosos.

El Diagnóstico Diferencial puede hacerse con el cistocele, quiste de Gartner, quistes las glándulas de Skene, absceso suburetral, etc.

En cuanto al Tratamiento es eminentemente quirúrgico, siendo de elección la disección anatómica con resección de todo el saco. En algunas oportunidades en que es muy pequeño basta con la resección endoscópica (5).

Casuística:

1º C. M. de 63 años, argentina, casada, labores domésticas, H. C. N° 4603.

Policlínico San Bernardo - Salta. Ingresó el 11-1-61.

Antecedentes de la enfermedad actual: Desde enero de 1956 sensación de ardor y pesadez en la región genital. Posteriormente nota en la vagina una tumoración que aumenta de tamaño con el esfuerzo y la estación de pie.

DIVERTICULO DE URETRA FEMENINA

Antecedentes familiares y personales: 13 embarazos.

Estado actual: Buen estado general, afebril, lúcida.

Exámen ginecológico: Se tacta en pared anterior de la vagina en la zona próxima al meato, una tumoración redondeada, del tamaño de un huevo de perdiz, discretamente dolorosa, irregular y crepitante.

Operación 4-2-61. Anestesia general. Incisión longitudinal en pared vaginal anterior. Disección de la mucosa y fascia véscicovaginal. Liberación del divertículo, apertura y extracción de 4 cálculos. Resección del mismo. Se cierra haciendo un primer plano de mucosa uretral sobre sonda, luego fascia véscicovaginal y por último pared vaginal.

Evolución postoperatoria: Sin complicaciones. Cicatrización por primera. Se retiró la sonda al 10º día. Alta 26-1-61.

2º C. G. de 49 años, argentina, casada, labores domésticas. H. C. N° 19879.

Policlínico San Bernardo - Salta. Ingresó el 29-10-64.

Antecedentes de la enfermedad actual: Comienza en Julio de 1964 con polaquiuria, disuria y ardor miccional.

Antecedentes familiares y personales: Operada de quiste de ovario en 1952. Ha tenido 4 embarazos y partos normales.

Estado actual: Buen estado general.

Exámen ginecológico: Se tacta en 1/3 medio de pared vaginal anterior una tumoración del tamaño de una nuez, de superficie lisa, indolora. A la presión digital se elimina orina clara por uretra. El tacto sobre beniqué revela que la pared está muy adelgazada.

Operación 4-11-64. Anestesia general. Incisión longitudinal sobre pared anterior de vagina. Disección de la bolsa diverticular que se extirpa luego de abrirla en la línea media. Cierre de la pared uretral y mucosa vaginal anterior. Sonda permanente.

Evolución postoperatoria: Sin complicaciones. Se retira la sonda uretral al 10º día. Alta el 15-11-64.

3º M.D. de C. de 77 años, argentina, casada. H. C. N° 11614.

Policlínico San Bernardo - Salta. Ingresó el 30-5-67.

Antecedentes de la enfermedad actual: La enfermedad se inicia hace 3 años con la aparición de disuria, dolor miccional. Hace 1 año hematuria.

Antecedentes familiares y personales: En 1966 operada de hernia inguinal. Dos embarazos y 2 partos normales.

Estado actual: Buen estado general.

Exámen ginecológico: Meato uretral pálido. En pared anterior de vagina y en toda la uretra vaginal, se tacta una tumoración alargada, fusiforme, dolorosa al tacto y crepitante.

Operación 13-6-67. Anestesia general. Incisión longitudinal resecaando un rombo de pared vaginal anterior. Disección de la mucosa. Incisión longitudinal de la fascia véscicovaginal y disección de la misma. Incisión longitudinal de la pared del divertículo y extracción de 2 cálculos. (Fig. 2). El divertículo tiene un tabique anteroposterior que lo divide en 2 partes. Disección y resección del mismo. Cierre en 3 planes: pared posterior de uretra sobre sonda, fascia véscicovaginal y mucosa vaginal. Sonda permanente: Taponaje.

Evolución postoperatoria: Sin complicaciones. Se retira la sonda al 10º día.

Alta el 21-6-67.

Resumen: Se presentan 3 casos de divertículo de uretra femenina. Dos de ellos estuvieron asociados con litíasis. Los 3 en pacientes casados y con hijos.



Fig. 1-Rx. directa de uretra



Fig. 2- Foto de los cálculos del caso 3º

BIBLIOGRAFIA

- 1) Arenas N., Pasi P. L. M., López Figueroa R.,
"Divertículo de uretra femenina".
Pren med argent. 47: 527, 1960.
- 2) Arenas N., Tordera H., Coll A.,
"Divertículo de uretra con litiásis".
Novenas Jornadas Rioplatenses de Obst y Ginecolog., 82-84, 1951.
- 3) Bardini R. N.,
"Uretrocele, cálculo grande, fístula uretrovaginal, operación, curación por primera"
Rev. argen. urolog., 22; 76, 1953.
- 4) Comotto C., Berri H., Cartelli N.,
"Gran cálculo diverticular de uretra femenina".
Rev. argen. urolog., 106, 1946.
- 5) Herbut P. H.,
"Divertículo de uretra".
Patología urológica, Ed. Salvat, 1959, pág. 44.
- 6) Mac Kinnon M., Prat J. H., Poel T. L.,
"Diverticulum of the female urethra".
Surg. Clin. N. A., 39: 953, 1959.
- 7) Ward J. M., Draper J. W., Towell H. M. M.,
"Diagnosis and treatment of urethral diverticula in the female".
Surg. Gynec. Obst., 125: 1293, 1967.